

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR LITORAL

ANGELA RICIERI

PERFIL DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E FATORES  
PREDITIVOS PARA ÓBITO EM UM CENTRO DE DIÁLISE DE CURITIBA-PR

MATINHOS  
2013

ANGELA RICIERI

PERFIL DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E FATORES  
PREDITIVOS PARA ÓBITO EM UM CENTRO DE DIÁLISE DE CURITIBA-PR

Trabalho apresentado como requisito à obtenção  
de grau de Especialista em Questão Social, no  
curso de Pós-Graduação em Questão Social na  
Perspectiva Interdisciplinar, Universidade Federal  
do Paraná - Setor Litoral

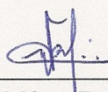
Orientadora: Prof./Dra. Milene Zanoni da Silva  
Vosgerau

MATINHOS  
2013

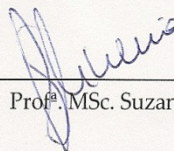
## PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pela Orientadora, Professora Doutora **MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU**, realizaram em **14/12/2013** a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **ANGELA RICIERI**, sob o título "**PERFIL DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E FATORES PREDITIVOS PARA ÓBITO EM UM CENTRO DE DIÁLISE DE CURITIBA-PR.**", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "Ap".

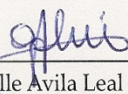
Matinhos, 14 de dezembro de 2013.



Profª. Dra. Milene Zanoni da Silva  
Vosgerau



Profª. MSc. Suzane de Oliveira



Profª. MSc. Giselle Avila Leal de Meirelles



ANGELA RICIERI  
Estudante

### Conceitos de aprovação

APL = Aprendizagem Plena  
AS = Aprendizagem Suficiente

### Conceitos de reprovação

APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente  
AI = Aprendizagem Insuficiente

### OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



# PERFIL DE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E FATORES PREDITIVOS PARA ÓBITO EM UM CENTRO DE DIÁLISE DE CURITIBA-PR<sup>1</sup>

Angela Ricieri<sup>2</sup> e Milene Zanoni da Silva Vosgerau<sup>3</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa baseada na coorte retrospectiva, composta por 212 pacientes acompanhados em um Centro de Diálise da cidade de Curitiba (PR), no período de 12 meses de maio de 2012 a maio de 2013. A coleta de dados se deu através do prontuário eletrônico, que é atualizado constantemente pelos profissionais da saúde. Foram utilizadas informações sócio-demográficas e clínicas para obter o perfil dos pacientes renais. Posteriormente os dados foram relacionados com os óbitos ocorridos no período do estudo, verificando os principais fatores preditivos. Para análise de risco de mortalidade foram calculadas os Riscos Relativos (RR) e seus respectivos intervalos de confiança em nível de 95,0%. Os fatores sócio-demográficos mais significativos que contribuíram para a prevalência do óbito foram os pacientes com idade acima de 51 anos, que se encontravam inativos, que não utilizavam o transporte do município e os que não se intitularam católicos ou evangélicos. Quanto aos fatores clínicos, os pacientes que acompanhavam com equipe de pré-transplante renal, que estavam inscritos na Central de Transplante e que realizaram transplante renal no período analisado, tiveram baixo índice de mortalidade. Conclui-se que a identificação do perfil dos pacientes renais crônicos e os fatores preditivos ao óbito podem servir de sinalizadores à equipe de saúde, para adoção de condutas individualizadas e adequadas que evitem complicações futuras; prevenindo assim os fatores que possam levar o doente renal ao óbito.

**Palavras chaves:** Diabetes mellitus. Insuficiência renal. Perfil de saúde e fatores de risco.

---

<sup>1</sup> Trabalho elaborado para obtenção de grau de especialista em Questão Social no curso de Pós-Graduação A Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar da UFPR Setor Litoral – 2013.

<sup>2</sup> Graduada em Serviço Social pela Faculdades Integradas do Brasil – UNIBRASIL. E-mail: [angela\\_ricieri@hotmail.com](mailto:angela_ricieri@hotmail.com)

<sup>3</sup> Professora/Doutora do Departamento de Saúde Comunitária da UFPR. E-mail: [milenezanoni@gmail.com](mailto:milenezanoni@gmail.com)

## **ABSTRACT**

This is about a research based in the retrospective cohort, consisting of 212 patients followed at a dialysis center in Curitiba/PR, in a period of 12 months, from May 2012 to May 2013. The data collection was performed through the electronic medical record, which is constantly updated by health professionals. It was used socio-demographic and clinical information in order to get the profile of the kidney related patients. Furthermore the data were compared with the deaths occurred during the study period, learning the main predictive factors. For the analysis of mortality risk it was calculated the Relative Risks (RR) and with its confidence intervals at the level of 95.0%. The most significant socio-demographic factors that contributed to the prevalence of death were among patients over the age of 51, who were inactive, who did not use the public transport and were not called themselves neither Catholics nor non-Catholics. As for the clinical factors, the patients who were foreseen by a kidney pre-transplant crew, who were enrolled in the transplant central and underwent the kidney transplant in the analyzed time, had low rate of mortality. We conclude that the identification of the profile of CKD (Chronic Kidney Disease) patients and predictive factors to death may serve as flags to the health team to adopt individualized and appropriate practices to prevent future complications, thus preventing the factors that can lead the kidney patient to die.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Renal failure. Health profile and risk factors.

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são consideradas de longa duração. O número de casos tem aumentado a cada ano. Segundo Maldaner *et. al*<sup>1</sup> no Brasil, as mortes relacionadas às doenças crônicas superam os 60%, acarretando enormes custos econômicos e sociais.

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição crônica que acarreta perda progressiva, muitas vezes irreversível, da função renal. Necessita de tratamento permanente, por isso exige do indivíduo “consciência”, autocuidado e novos hábitos que auxiliem na continuidade da estratégia terapêutica. Ao contrário, a doença pode levar o indivíduo a riscos constantes que podem levá-lo a morte nos casos mais extremos.

No estudo realizado por Sesso<sup>2</sup>, “a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é doença de elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal (IRCT) têm aumentado progressivamente, a cada ano, em ‘proporções epidêmicas’, no Brasil e em todo o mundo”.

Segundo Barbosa *et.al*<sup>3</sup>, a morbidade dos pacientes renais é elevada e muitas vezes está relacionada a outras doenças. A mortalidade por IRC é de 10 a 20 vezes maior que a da população geral, mesmo levando em consideração a idade, sexo, raça e a presença de diabetes.

Trata-se de uma patologia silenciosa e que, na maioria das vezes, causa surpresa, pois os sintomas só começam a aparecer depois que o indivíduo já esta com metade ou menos de 50% da função renal comprometida.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)<sup>4</sup>, muitos são os sinais que aparecem quando a pessoa começa a apresentar problemas renais, tais como: alteração na cor da urina, inchaço dos tornozelos ou ao redor dos olhos, dor lombar, pressão sanguínea elevada, anemia (palidez anormal), fraqueza, desânimo, náuseas e vômitos frequentes pela manhã. Contudo, nem todos podem ser consequências de problemas renais.

Diversas são as doenças que levam à insuficiência renal crônica. As três mais comuns são a hipertensão arterial, o diabetes e a glomerulonefrite<sup>4</sup>.

Conforme SBN<sup>4</sup>, os rins são os responsáveis pelo controle da pressão, quando eles não funcionam, ocorre elevação da pressão arterial que piora a

disfunção renal, agredindo os rins. Assim, o controle correto da pressão arterial previne da insuficiência renal.

O diabetes é uma das mais frequentes causas da falência renal. Após cerca de 20 anos de diabetes, alguns pacientes começam a ter problemas renais. Há proteinúria, aparecimento de pressão arterial alta e aumento da uréia e da creatinina no sangue. A SBN<sup>4</sup>, ainda diz que outra causa muito frequente é a glomerulonefrite, que é resultado de uma inflamação crônica dos rins. Caso a inflamação não seja curada ou controlada, pode ocorrer perda da função renal. Rins policísticos, a pielonefrite (infecções urinárias repetidas) e doenças congênitas também podem causar IRC.

A Insuficiência Renal (IR) ocorre devido ao dano causado no glomérulo, que tem a função de filtrar o sangue e as substâncias excessivas no organismo, através dos finos vasos que o constituí. Segundo Fermi<sup>5</sup>, à medida que o filtrado passa pelos túbulos, a água e seus solutos são absorvidos pelos capilares peritubulares e os que não são absorvidos transformam-se em urina. Assim o sangue é filtrado, eliminando todas as substâncias indesejáveis através da urina, mantendo apenas o que se faz necessário para o organismo.

Quando o glomérulo não está realizando mais esta filtração, as substâncias indesejadas ficam no organismo, se tornando tóxicas ao indivíduo acarretando uma série de sintomas como: fadiga, cansaço fácil, anorexia, emagrecimento, prurido, náuseas, insônia e comprometimento no estado mental<sup>6</sup>, que podem causar debilidade física podendo levar o indivíduo a morte.

Os métodos de ajuda para ao doente renal são as Terapias Renais Substitutivas (TRS) que se baseia na hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, que teve início segundo Reynolds *apud* Budim e Francisco<sup>7</sup>, por volta da década de 60. Segundo SBN<sup>4</sup>, no Brasil em 2011, mais de 90.000 pacientes eram dependentes de TRS.

Segundo Guimarães *apud* Budim e Francisco<sup>7</sup>, “a hemodiálise é um processo terapêutico que consiste na circulação do sangue num circuito extracorpóreo, instalado em um rim artificial”. Esse processo remove o líquido e as substâncias tóxicas do corpo, fazendo o que os rins doentes são incapazes de fazer.

Com relação à Diálise Peritoneal (DP) também remove as substâncias acumuladas no sangue, todos os dias, através da aplicação de um soro e de sua retirada pelo cateter da cavidade peritoneal.

Já o transplante renal se baseia no implante do órgão - rim saudável no lugar do rim doente. Para Maciel *apud* Budim e Francisco<sup>7</sup> “o transplante renal consiste no implante cirúrgico de um rim funcionante de uma pessoa doadora no corpo do paciente, cujo rim cessou de funcionar.” Na maioria das vezes, não é necessário ser retirado o rim doente.

O transplante ocorre pela Central Estadual de Transplante (CET), onde o indivíduo, após análise de diversos exames clínicos e laboratoriais, entra na fila do transplante caso não tenha um familiar que seja compatível ou tenha interesse em realizar a doação do rim. Ambos os casos dependem da compatibilidade, essencial para uma boa aceitação do novo órgão, diminuindo assim as chances de rejeição. “O transplante renal, geralmente, é realizado entre familiares devido à necessidade de compatibilidade, condição essencial para uma boa aceitação do novo órgão, diminuindo as chances de rejeição”.<sup>7</sup>

Conforme Centenaro<sup>8</sup>, o paciente e toda sua família precisa se adaptar a nova rotina, pois o tratamento requer cuidados. Desta forma, os papéis sociais são modificados/invertidos, causando confusos e dolorosos sentimentos, provocados pelo processo do adoecimento, que muitas vezes se restringe em consultas médicas, dieta alimentar e restrições físicas, devido à fraqueza e cansaço que a doença ocasiona. Assim, doença renal crônica e seu tratamento causam grande impacto emocional, social e muitas vezes econômico, não somente para a vida do doente, mas também daqueles que estão próximos, pois o tratamento é doloroso e causador de limitações.

Assim faz-se necessário um atendimento integral ao paciente renal crônico, através de uma equipe multidisciplinar, capaz de levar em conta todos os aspectos biológicos, emocionais e sociais, para que o mesmo seja tratado por completo, oferecendo uma maior expectativa de vida por meio da qualidade de vida no tratamento.

O intuito deste estudo é analisar o perfil dos portadores de insuficiência renal crônica em Curitiba e os fatores preditivos de óbito em usuários acompanhados em um Centro de Diálise em Curitiba – PR, a fim de identificar as principais causas de



mortalidade destes usuários e melhorar sua qualidade de vida. Os objetivos específicos do trabalho foram: (a) verificar a prevalência de diabetes mellitus (DM) entre os portadores de insuficiência renal crônica; (b) identificar a incidência de óbitos; e (c) identificar as principais doenças de base da Insuficiência Renal Crônica (IRC).

## **2. MÉTODOS**

Realizou-se um estudo descritivo, de coorte retrospectiva, composta por 212 portadores de insuficiência renal crônica acompanhados, de maio de 2012 a maio de 2013, em um Centro de Diálise do município de Curitiba (PR). Foram incluídos todos os pacientes de ambos os sexos, adultos, com idade igual ou superior a 18 anos acompanhados no centro de diálise durante o período de estudo. Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos fornecidos pelo sistema Dialsist, que se baseavam em informações sociodemográficas e clínicas dos pacientes. Tais informações envolveram as variáveis de sexo, estado civil, escolaridade, religião, raça, idade, doença básica, presença de diabetes mellitus, tempo de diálise, filiação a plano de saúde, se acompanha com serviço de pré-transplante renal, se está inscrito na Central de Transplante, se foi a óbito no período do estudo e motivo do óbito.

O desfecho deste estudo foi a mortalidade do paciente no período de um ano de acompanhamento. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram avaliadas comparativamente entre pacientes que foram a óbito ou não. Para análise descritiva, serão utilizadas medidas de ocorrência como média, mediana, desvio padrão, tercis e gráficos.

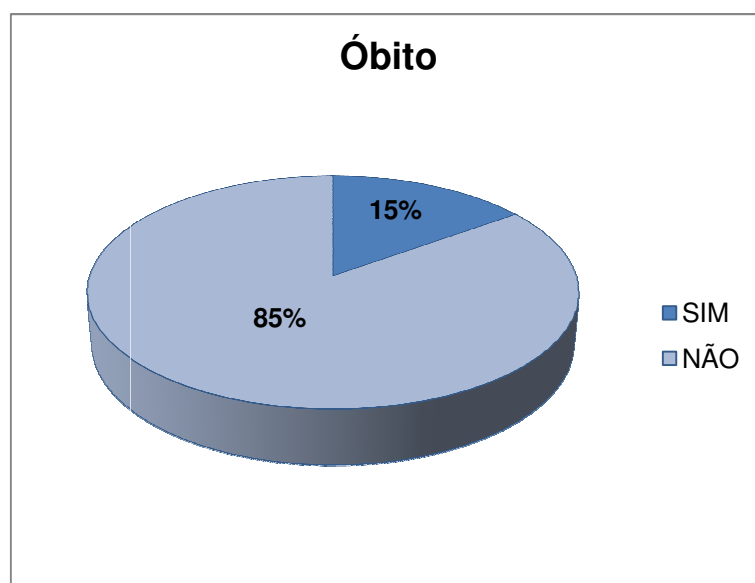
Para análise de risco de mortalidade foram calculadas os Riscos Relativos (RR) e seus respectivos intervalos de confiança em nível de 95,0% entre os pacientes que evoluíram para óbito e os que sobreviveram. Em todos os testes foi fixado em 0,05 ou 5% o nível para indicar as significâncias estatísticas, assinaladas com asterisco os valores significantes.

Este estudo foi submetido e aprovado no comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CAAE nº 21919513.4.0000.0102).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio de 2012 e maio de 2013, dos 212 pacientes de diálise atendidos no serviço de saúde em análise, 15% (N=32) pacientes foram a óbitos (gráfico 1).

**Gráfico 1 - Prevalência de óbito no período 12 meses entre portadores de insuficiência renal crônica em Curitiba-PR.**



Sesso<sup>2</sup> descreve que a taxa de mortalidade anual bruta (número de óbitos/pacientes em diálise no meio do ano) se manteve constante apesar das melhoras técnicas. “Conforme os dados analisados pelo Ministério da Saúde, em 88 mil pacientes que realizaram diálise crônica de 1997 até 2000, a sobrevida atuarial foi de 80% ao final de um ano de TRS<sup>2</sup>.”

A pesquisa revela que a taxa de mortalidade anual é de 20%, acima do que a representada pelo gráfico acima (15%). Alguns estudos como a de Meinen e Marisco<sup>9</sup> apresentam dados referentes à taxa de mortalidade no Brasil em 2008, que foi de 15,2%, revelando uma porcentagem semelhante com a encontrada nesta pesquisa. Já em outras pesquisas, como a de Barbosa *et. al*<sup>8</sup>, observa-se um alto índice de mortalidade, com 21,5% de óbito entre os pacientes estudados.

Ainda segundo autores acima, as altas taxas de mortalidade podem ser explicadas pelo aumento nos últimos anos da população idosa e ao aumento do número de pacientes com hipertensão arterial e DM. Afinal, a mortalidade é muitas vezes determinada pela presença de enfermidades associadas a IRC que aumentam índice de mortalidade.

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOEDEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

De acordo com a tabela 1, mais da metade dos pacientes eram do sexo masculino (61,8%), tinham 51 anos ou mais (68%) e viviam com o(a) companheiro(a) (57,5%). Quanto à capacidade laborativa, quase a totalidade dos usuários eram inativos (92,9%) e 41,5% eram analfabetos ou não concluíram o 1º grau.

**Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes renais crônicos atendidos em uma clínica de diálise de Curitiba-PR, 2012-2013.**

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	81	38,2%
Masculino	131	61,8%
<b>Idade</b>		
Até 50 anos	68	32%
51 anos ou mais	144	68%
<b>Raça</b>		
Branca	188	88,7%
Negra	9	4,2%
Outras	15	7,1%
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro (a)	122	57,5%
Sem companheiro (a)	90	42,5%
<b>Grau de escolaridade*</b>		
Não escolarizado - 1º grau incompleto	88	43,6%
1º grau completo - 2º grau incompleto	32	15,8%
2º grau completo – pós-graduação	82	40,6%

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Religião**</b>		
Católico	120	60,6%
Evangélico	63	31,8%
Outras	15	7,6%
<b>Capacidade laborativa***</b>		
Ativo	9	4,4%
Inativo	197	95,6%
<b>Renda do paciente ****</b>		
Até 1 salário mínimo	97	49,2%
De 2 a 3 salários mínimos	75	38,1%
Acima de 3 salários mínimos	25	12,7%
<b>Reside no local onde nasceu</b>		
Não	141	66,5%
Sim	71	33,5%
<b>Utiliza o transporte do município*****</b>		
Sim	85	58,3%
Não	119	41,7%

\* 10 sem informação \*\* 14 sem informação \*\*\* 6 sem informação \*\*\*\* 15 sem informação  
\*\*\*\*\* 8 sem informação

Dos 212 pacientes pesquisados que realizam tratamento de HD, sua maioria são homens (61,8%). Segundo Loureiro *et. al*<sup>10</sup> o sexo masculino vem sendo o mais atingido por doenças crônicas, inclusive as renais, pois, o mesmo se julga invulnerável, o que contribui para que ele se cuide menos e se exponha mais às situações de risco. Contudo, alguns estudos mostram que a maioria dos pacientes renais crônicos em tratamento de HD são do sexo feminino, conforme pesquisa realizada por Kafkle, Moriguchi e Barros<sup>11</sup>.

Quanto à idade, a maioria dos pacientes renais crônicos estavam acima dos 51 anos (68%). Verificou-se que a doença tem maior incidência com o aumento da faixa etária. Segundo Loureiro *et. al*<sup>10</sup> isso vem ocorrendo devido aos maus hábitos alimentares, ao sedentarismo que ocorrem ao longo da vida, aos aspectos genéticos, ao estresse e outros fatores que vem influenciando determinantemente a incidência de doenças.

A IRC apareceu como predominante na raça branca. Segundo Moraes *et. al*<sup>12</sup> a raça negra tem maior predisposição à insuficiência renal, contudo, observou-se neste trabalho, que a maior frequente foi entre os usuários da raça branca (88,7%).

A maioria dos pacientes analisados eram casados (57,5%). Segundo pesquisa realizada por Terra<sup>13</sup> verificou-se também que a maioria dos doentes renais crônicos encontra-se casados e/ou com companheiro (a).

Dos pesquisados, grande parte não concluíram o 1º grau (43,6%), seguidos dos que concluíram o 2º grau completo e/ou pós graduação (40,6%) e posteriormente pelos que tinham 2º grau incompleto (15,8%). Loureiro *et.al*<sup>10</sup> mostra que quanto menor o nível de escolaridade, maior são os casos de doenças crônicas.

Contudo, Maldaner *et. al*<sup>1</sup> relata que, independente do grau de escolaridade do paciente, é de responsabilidade de toda a equipe de saúde orientar de forma educativa o processo de todas as fases do tratamento, de forma gradativa, contínua e interativa, utilizando linguagem adequada a cada indivíduo, respeitando-o como sujeito portador de direitos.

Assim o trabalho do Serviço Social na saúde, especificamente no atendimento ao paciente renal crônico é importante, pois o Assistente Social trabalha na mediação entre os conflitos dos pacientes e seus familiares. O tratamento de longa duração impõe limitações, provocando grande impacto na vida do paciente e seus familiares, sendo necessária a abordagem ao paciente e sua família, a fim de criar estratégias para a compreensão da doença, auxiliando na adesão do tratamento que esta diretamente baseada na cultura de cada indivíduo. Assim toda equipe multidisciplinar deve estar atento do paciente e de sua família, pois cada indivíduo encara a doença de forma diferente e única<sup>8</sup>.

Os dados referente a religião apontaram que todos os pacientes, no período estudado, têm algum tipo de crença, sendo a sua maioria católica (60,6%), seguida dos evangélicos (31,8%). Segundo Vosgerau<sup>14</sup> as questões religiosas estão relacionadas com o bem estar emocional, saúde e qualidade de vida. Isso demonstra que acreditar em algo superior faz bem a vida e a saúde.

A maioria dos pacientes em tratamento de HD no período citado estava inativo (95,6%), ou seja, não estavam no atual momento realizando alguma atividade laborativa; o que leva a pensar que as perdas e restrições vivenciadas pelo paciente com IRC, impostas tanto pela doença quanto pelo tratamento, dificulta, neste caso, significativamente, a possibilidade de se exercer alguma atividade laboral<sup>15</sup>.

Do total dos pacientes em tratamento de diálise, grande parte não reside mais no local onde nasceram (66,5%). Sua maioria utiliza o transporte

disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município (58,3%), se tornando dependes deste meio de transporte para efetivação do tratamento crônico que é realizado três vezes por semana. Segundo Lei Orgânica da Saúde (LOS), as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, serão regionalizadas e hierarquizadas, exercida no âmbito dos Municípios pela Secretária de Saúde ou órgão equivalente.

Essa dependência vem em decorrência de algumas condições sociodemográficas analisadas anteriormente, como: renda de até um salário mínimo, ensino fundamental incompleto e capacidade laborativa inativa; tornando esta população, extremamente, dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), devido as condição de vulnerabilidade social que se encontram. Segundo LOS, a saúde tem como fatores determinantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Com o aumento da incidência de IRC, de aproximadamente 6 mil doentes por ano, segundo dados da SBN<sup>4</sup>, os municípios devem começar a pensar em como manter, ou até mesmo melhorar esse instrumento de apoio que possibilita o acesso ao direito de um tratamento mais digno e humanizado a esses doentes. Conforme artigo 196º da Constituição Federal (CF), a saúde é direito de todos e dever do Estado. Portanto deve ser garantida mediante a elaboração de políticas sociais e econômicas que visem reduzir os riscos de doenças, garantindo acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação.

De acordo com a tabela 2, a maioria dos pacientes tinha como doença básica a nefropatia diabética (29,7%), mais da metade realizavam diálise a 2 anos (65,1%) e como o plano de saúde predominante foi o SUS (79, 2%). Apenas um pouco mais da metade dos usuários acompanham com equipe de pré-transplante renal (53,1%) e somente uma pequena parcela estava inscrito na Central de Transplante (31,1%). No período desta pesquisa 12 indivíduos realizaram transplante renal.

**Tabela 2. Perfil clínico dos pacientes renais crônicos atendidos em uma clínica de diálise de Curitiba-PR.**

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Doença Básica</b>		
Glomerulonefrite Crônica	53	25,1%
Nefropatia Diabética	63	29,7%
Nefropatia Hipertensiva	62	29,2%
Outras	34	16,0%
<b>Tempo de diálise</b>		
Até 2 anos de diálise	138	65,1 %
De 2 até 5 anos de diálise	44	21,8 %
De 5 até 10 anos de diálise	25	11,8%
Acima de 10 anos de diálise	5	2,2%
<b>Plano de Saúde</b>		
SUS	168	79,2%
Convênio	44	20,8%
<b>Acompanha com equipe de pré- transplante renal*</b>		
Não	98	46,9%
Sim	111	53,1%
<b>Inscrito na Central de Transplante**</b>		
Não	144	68,9%
Sim	65	31,1%
<b>Realizou transplante renal</b>		
Não	200	94,3%
Sim	12	5,7%

\* 3 sem informação \*\* 3 sem informação

Compreende-se com os dados acima, que 29,7% dos pacientes renais crônicos têm como doença de base a nefropatia diabética, seguida de 29,2% da nefropatia hipertensiva. Segundo pesquisa de Morsch, Gonçalves e Barros<sup>16</sup> a principal causa do desenvolvimento da insuficiência renal crônica nesses pacientes, conforme semelhança de outros países é a diabetes mellitus.

Observa-se que a grande maioria dos pacientes em diálise são provenientes do SUS (79,2%). Segundo SBN (2013) a maioria dos pacientes em diálise no Brasil realiza seu tratamento pelo SUS, isso se deve ao alto custo do tratamento. Segundo Godinho *et. al*<sup>17</sup>, o Brasil investe anualmente mais de 680 milhões de reais apenas na hemodiálise, sem levar em conta a diálise peritoneal e o transplante renal. Se fossem levados em consideração esses outros tratamentos, o investimento dobraria.

Apenas um pouco mais da metade (53,1%) do total dos pacientes renais crônicos fazem acompanhamento com equipe de pré-transplante renal, contudo, apenas (31,1%) está inscrito na Central de Transplante. Conforme pesquisa realizada por Terra<sup>13</sup> a maioria dos nefropatas encontra-se inscritos na Central de Transplante aguardando um doador.

Segundo informações da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)<sup>18</sup>, no primeiro semestre do ano de 2013, no Brasil, foram realizados 2.707 transplantes de rim, sendo 2.044 de doador falecido e 663 de doador vivo. Conforme análise dos dados, o rim é o órgão que teve maior índice de transplante neste período. Desses 214 transplantes ocorreram no estado do Paraná, sendo sua maioria de doador falecido.

Dos 111 pacientes que acompanham com a equipe de pré-transplante renal, apenas 65 estão inscritos na Central de Transplante do Paraná. Os outros 46 pacientes que acompanham com equipe de pré-transplante renal, não estão inscritos na Central de Transplante, pois muitos não chegam a terminar a bateria de exames que é solicitada para liberação do transplante renal.

A pesquisa de Pauletto<sup>19</sup> nos mostra que apesar do transplante renal proporcionar melhor qualidade de vida, o mesmo exige que os pacientes tenham um estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos e acompanhamento ambulatorial. Caso isso não ocorra, o transplante pode não ter sucesso, sendo necessário retomar a diálise. Por esta e outras razões incertas relacionadas ao transplante renal, que muitos pacientes não concluem os exames de pré-transplante.

Apesar de muitos não estarem inscritos na Central de Transplante, a fila de espera para um transplante renal é demorada. Segundo Ministério da Saúde<sup>20</sup>, no ano de 2003 no Paraná, 1.984 pacientes renais crônicos aguardavam para receber um rim. Número alto quando comparado com o estado de Santa Catarina, que no mesmo ano tinha apenas 251 pacientes aguardando a doação de um rim.

A partir dos dados relacionados e do pequeno índice de transplante renal (5,7%) ocorrido no período desta pesquisa, observa-se que a população do estado do Paraná não tem adotado a campanha de doação de órgãos.



### 3.2. FATORES PREDITIVOS PARA ÓBITO EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

De acordo com a tabela 3, os fatores preditivos que estatisticamente mais levaram ao óbito foram à idade, ocorrendo com mais frequência em pacientes acima dos 51 anos. Religião acometendo mais os usuários que se identificaram como ateu ou que não se tinha informação e os doentes que não utilizavam o transporte do município tiveram maior índice de mortalidade.

**Tabela 3. Fatores sociodemográficos preditivos para óbito em pacientes renais crônicos de uma clínica de diálise de Curitiba-PR no período de um ano.**

Variáveis	Evolução				RR	IC 95%
	Óbito (N=32)		Sobrevida (N=180)			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>					1,03	0,92- 1,15
Feminino	11	13,6	70	86,4		
Masculino	21	16,0	110	84,0		
<b>Idade</b>					0,87	0,78-0,96*
Até 50 anos	4	6,3	59	93,7		
Acima de 51 anos	28	18,8	121	81,2		
<b>Raça</b>					0,92	0,80– 1,05
Branca	30	16,0	158	84,0		
Negra/Parda	2	8,3	22	91,7		
<b>Estado civil</b>					0,92	0,82- 1,03
Com companheiro	22	18,0	100	82,0		
(a)						
Sem companheiro	10	11,1	80	88,9		
(a)						
<b>Grau de escolaridade</b>					0,99	0,88-1,11
Até Fund.Incompleto	13	15,5	71	84,5		
Fund.Completo ou mais	19	14,8	109	85,2		
<b>Religião</b>					1,34	1,03-1,76*
Católico/Evangélico	22	12,0	161	88,0		
Ateu/sem informação	10	34,5	19	65,5		
<b>Capacidade laborativa</b>					1,18	1,12-1,26*
Ativo	0	0	9	100		
Inativo	32	15,8	171	84,2		
					1,04	0,92-1,16

Variáveis	Evolução				RR	IC 95%	
	Óbito (N=32)		Sobrevida (N=180)				
	n	%	n	%			
<b>Renda do paciente</b>							
Até 1 salário mínimo	13	13,4	84	86,6			
Mais de 1 salário mínimo	19	16,5	96	83,5			
<b>Utiliza o transporte do município</b>						1,12	1,00-1,26*
Sim	13	10,9	106	89,1			
Não	19	20,4	74	79,6			

Considerando os dados acima de óbito, em relação a variável sexo, percebe-se que a maioria dos óbitos ocorreu no sexo masculino. Apesar da frequência ter sido maior entre os homens, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

A maior frequência referente à idade foi de pacientes acima dos 51 anos de idade (RR=0,87[IC=0,78-0,96]). De acordo com Simonetti e Ferreira *apud* Dias e Camargo<sup>21</sup>, após os 40 anos de idade ocorre uma diminuição funcional fisiológica, influenciado por diversos fatores (físicos, genéticos, orgânicos...), condições educacionais e socioeconômicas que predispõe a doenças, principalmente as crônicas.

Cabe salientar que a idade influencia fortemente a mortalidade, sendo este um fator de risco que deve ser olhado com atenção pela equipe de saúde. Porém efeitos negativos causados pela idade podem ser compensados através dos cuidados ministrados aos doentes, desde a duração e qualidade da diálise até um atendimento integral da equipe de saúde<sup>13</sup>. Torna-se assim, indispensável à intervenção imediata da equipe multiprofissional nesta faixa etária para garantir um tratamento de qualidade reduzindo a mortalidade.

Apesar de não ter tido diferença significativa entre as variáveis, raça e estado civil, observa-se que a taxa de mortalidade acomete mais os pacientes de raça branca e os que convivem com companheiro (a). Segundo Miranzi *et. al*<sup>22</sup> o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar, no autocuidado e melhor aceitação da doença, principalmente quando se trata de uma enfermidade crônica, que exige adaptação as novas rotinas diárias.

Contudo a pesquisa nos mostra que os doentes que vivem sozinhos também conseguem realizar um tratamento com qualidade de vida, indo menos a óbito em relação ao que convivem com companheiro (a). Isso também pode estar acontecendo, pois indivíduos doentes tem a tendência de procurar companheiros (a) para receber cuidados.

Podemos dizer quanto ao grau de escolaridade, que ele pode dificultar a compreensão das orientações principalmente de folhetos, sendo necessária, muitas vezes a utilização de outros recursos para atingir os objetivos desejados ao tratamento<sup>23</sup>. Frequentemente, a falta de compreensão e/ou informação leva a não aderência ao tratamento dialítico, acarretando maior índice de mortalidade. Conforme discutido anteriormente, nesse sentido ressalta-se a necessidade do Assistente Social, que proporciona condições de esclarecimentos e comunicação para os pacientes, compreendendo a individualidade de cada ser social e suas relações<sup>8</sup>.

As religiões católica e evangélica, ainda hoje, são predominantes entre os usuários estudados. Independente da crença, elas fazem papel fundamental no tratamento da doença renal, pois aqueles que creem em uma dessas religiões foram menos a óbito quando comparados com outros (RR=1,34 [IC=1,03-1,76]).

Segundo Vosgerau<sup>14</sup>, as evidências consistentes ressaltam que pessoas que tem o hábito de praticar regularmente atividades religiosas tem seu risco de óbito reduzido em cerca de 30% (...). O seu estudo também demonstra que acreditar em algo superior faz bem vida e a saúde.

Quanto à capacidade laborativa, percebe-se que os pacientes ativos não foram a óbito, ao contrário dos que estavam inativos (RR=1,18 [IC=1,12-1,26]). Contudo, é “importante considerar que a DRC é incapacitante a médio e longo prazo, principalmente se associada à diabetes, lúpus ou outras doenças crônicas, pois leva a dificuldades ocupacionais<sup>23</sup>”. Além disso, muitos doentes têm dificuldades em ter acesso aos auxílios previdenciários, considerando que não há uma de legislação específica para o paciente renal crônico.

A incapacidade de trabalhar devido à doença, também afeta o nível socioeconômico dos pacientes. Segundo autor referenciado acima, o baixo nível socioeconômico é um fator de risco que influencia fortemente o surgimento de doenças crônicas.

Com relação ao óbito e a variável se utiliza o transporte, observou-se um fator interessante, onde quem faz uso do transporte social do município têm um índice de mortalidade menor (RR=1,12 [IC=1,00-1,26]) do que os que utilizam seu próprio transporte e/ou outros meios.

Segundo a pesquisa realizada por Coutinho e Tavares<sup>23</sup>, 59% dos pacientes tinham dificuldades relacionadas à locomoção entre o local de moradia e a unidade de diálise. Isso revê-la que a intervenção do município no tratamento renal crônico tem grande importância na vida de um paciente, impactando num tratamento mais digno e de qualidade, diminuindo o índice de mortalidade.

De acordo com a tabela 4, as variáveis: acompanha com equipe de pré-transplante renal, inscrito na Central de Transplante e realizou transplante renal, foram os fatores preditivos que tiveram resultados estatisticamente significativos em relação ao óbito.

**Tabela 4. Fatores clínico preditivos para óbito em pacientes renais crônicos de uma clínica de diálise de Curitiba-PR no período de um ano.**

Variáveis	Evolução				RR	IC 95%
	Óbito (N=32)		Sobrevida (N=180)			
	n	%	n	%		
<b>Diabetes mellitus</b>					1,04	0,92-1,17
Sim	13	17,3	62	82,7		
Não	19	13,9	118	86,1		
<b>Doença básica</b>					0,90	0,79-1,05
Nefropatia Diabética	13	20,6	50	79,4		
Outras	19	12,8	130	87,4		
<b>Tempo de diálise</b>					1,08	0,97-1,20
Até 2 anos	24	17,4	114	82,6		
Acima de 3 anos	8	10,8	66	89,2		
<b>Plano de Saúde</b>					0,95	0,82-1,12
Convênio	8	18,2	36	81,8		
SUS	24	14,3	144	85,7		

Variáveis		Evolução				RR	IC 95%
		Óbito (N=32)		Sobrevida (N=180)			
		n	%	n	%		
Acompanha equipe de pré-transplante renal						1,22	1,08-1,37*
	Sim	8	7,2	103	92,8		
	Não	24	23,8	77	76,2		
Inscrito na Central de Transplante						1,16	1,05-1,28*
	Sim	4	6,2	61	93,8		
	Não	28	19,0	119	81,0		
Realizou transplante renal						0,84	0,79-0,89*
	Sim	0	0	12	100		
	Não	32	16,0	168	84,0		

Observa-se que a partir dos dados acima, que apesar de pesquisas com a de Morsch, Gonçalves e Barros<sup>16</sup> apontarem a DM como maior fator de impacto sobre a mortalidade entre portadores de IRC, neste estudo a DM não foi fator preditivo para a mortalidade entre os doentes.

Compreende-se que quem acompanha com equipe de pré-transplante renal (92,8%) e quem está inscrito na Central de Transplante (93,8%) tem menor índice de mortalidade. Esses números tem relação com o anseio de muitos dos pacientes, que veem no transplante renal uma libertação das sessões de hemodiálise. Apesar do transplante não ser a cura total, mas sim uma forma de tratamento.

O transplante renal traz consigo “esperança de que todos os problemas poderão ser resolvidos e o paciente acredita que uma grande transformação pode ocorrer após a cirurgia” onde 56,6 % dos pesquisados tem o desejo de realizar o transplante renal<sup>13</sup>.

Segundo Riella<sup>24</sup> ao se discutir a possibilidade do transplante renal deve considerar a preferência do paciente, pois alguns se adaptam a qualidade de vida da diálise, enquanto, para outros é inaceitável aceitar a diálise como algo permanente.

Segundo Terra<sup>13</sup> o transplante renal é atualmente a melhor opção terapêutica para o paciente com IRC (...) tanto do ponto de vista médico, quanto do ponto de vista social, emocional e econômico. Conforme pesquisa, percebe-se que o transplante renal é uma forma de tratamento alternativo para evitar a mortalidade.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo, realizado em um centro de diálise em Curitiba- PR permitiu identificar, o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Os resultados apontaram que a DRC tem maior incidência em indivíduos diabéticos, sendo esta a principal doença de base que leva a IRC. Contudo, as taxas de sobrevida não são significativas para pacientes diabéticos e não diabéticos.

Os fatores sociodemográficos mais significativos que contribuíram para a prevalência do óbito foram os pacientes com idade acima de 51 anos, que não realizavam nenhum trabalho laboral e os que não utilizavam o transporte do município. Os doentes que se intitularam de outras religiões que não católicos/ evangélicos também tiveram números estatisticamente significativos.

Quanto aos fatores clínicos, os pacientes que acompanhavam com equipe de pré-transplante renal, que estavam inscritos na Central de Transplante e que realizaram transplante renal no período analisado, tiveram maior chance de sobrevivência.

A identificação do perfil dos pacientes renais crônicos e os fatores preditivos ao óbito podem servir de sinalizadores à equipe de saúde, para adoção de condutas individualizadas e adequadas que evitem complicações futuras; prevenindo assim os fatores que possam levar o doente renal ao óbito.

Deste modo, é importante a presença da equipe multidisciplinar na área da saúde, para que o paciente seja assistido integralmente, não somente tratado pela doença, na tentativa de minimizar os impactos causados pela doença renal crônica, através de estratégias que possibilitem a melhoria na qualidade de vida dos doentes. Além disso, a equipe de saúde deve investir na promoção da saúde através de ações que estimulem os doentes a se tornarem autônomos, pois o conceito de saúde não é representado, apenas pela ausência de uma enfermidade e sim um estado de bem estar biológico, psicológico e social. Portanto é indispensável o trabalho de equipe multidisciplinar em locais similares do SUS, para que garantam um atendimento mais amplo e menos focalizado, permitindo um atendimento e tratamento mais digno e humanizado.

## REFERÊNCIAS

1. Maldaner, RC; Beuter, M; Brondani, CM; Budó, MLD e Pauletto, MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica [internet]. Porto Alegre – RS, 2008 [acesso em 31 jun 2013]. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>.
2. Sesso, R. Epidemiologia da Doença Renal Crônica no Brasil e sua prevenção [internet]. São Paulo – SP, 2013 [acesso em 12 nov 2013]. Disponível em: [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:CbnLdnv8R-0J:scholar.google.com/+Autor:+Ricardo+Sesso%2BEPIDEMIOLOGIA+DA+DOEN%C3%87A+RENAL+CR%C3%94NICA+NO+BRASIL+E+SUA+PREVEN%C3%87%C3%83O&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5&as\\_vis=1](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:CbnLdnv8R-0J:scholar.google.com/+Autor:+Ricardo+Sesso%2BEPIDEMIOLOGIA+DA+DOEN%C3%87A+RENAL+CR%C3%94NICA+NO+BRASIL+E+SUA+PREVEN%C3%87%C3%83O&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1).
3. Barbosa, DA; Gunji, CK; Bittencourti, ARC; Belasco, AGS; Diccini, S; Vattimo, F. e Vianna, LAC. Co-morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise - Acta Paul Enferm 19(3):304-9 [internet]. São Paulo – SP, 2006. [acesso em 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a08v19n3.pdf>.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Editor do portal: Dr. Lúcio Roberto Requião Moura. Disponível na internet no site: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php>, Novembro 2013.
5. Fermi, MRV. Manual de diálise para enfermagem. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda – Rio de Janeiro, 2003.
6. Cattal, GBP; Rocha, FA; Junior, NN e Pimentel, GG de A. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica – SF – 36 - Revista Cienc. Cuid. Saude [internet]. Curitiba – PR, 2007. [acesso em 18 ago 2013]. Disponível em: <http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5357/3394>.
7. Budim, CT; Francisco, O. Levantamento do perfil de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no município de Ourinhos /SP [internet]. Curitiba – PR, 2013 [acesso em 16 mai 2013]. Disponível em: [http://fio.edu.br/cic/anais/2008\\_vii\\_cic/Artigos/Ciencias\\_Biologicas/046-LEVANT.pdf](http://fio.edu.br/cic/anais/2008_vii_cic/Artigos/Ciencias_Biologicas/046-LEVANT.pdf).
8. Centenaro, GA. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família - Ciencia & Saude Coletiva 15 (supl 1) [internet]. Rio de Janeiro – RJ, 2010 [acesso em 16 mai 2012]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700102&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700102&script=sci_arttext).
9. Meinen, CM e Marisco, N da S. Análise da sobrevida dos pacientes em hemodiálise [internet]. Curitiba – PR, 2013 [acesso em 03 nov 2013]. Disponível em: [http://www.unicruz.edu.br/15\\_seminario/seminario\\_2010/CCS/AN%C3%81LISE%20DA%20SOBREVIDA%20DOS%20PACIENTES%20EM%20HEMODI%C3%81LISE.pdf](http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/AN%C3%81LISE%20DA%20SOBREVIDA%20DOS%20PACIENTES%20EM%20HEMODI%C3%81LISE.pdf).

10. Loureiro, FM; Barbosa, LS; Rebelo, LC; Filho, SAV e Belinelo, VJ. Perfil de pacientes com insuficiência renal crônica, atendidos na unidade de hemodiálise de Linhares – ES [internet]. São Mateus – ES, 2011[acesso em 16 mai 2013]. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2011b/ciencias%20da%20saude/perfil%20de%20pacientes.pdf>.
11. Klafke, A; Moriguchi, E e Barros, EJ. Perfil Lipídico de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Conservador, Hemodiálise ou Diálise Peritoneal - Bras Nefrol Volume XXVII - nº 3 [internet]. Porto Alegre – RS, 2005 [acesso em 17 out 2013]. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LBfXWQeuG48J:www.jbn.org.br/audiencia\\_pdf.asp%3Faid2%3D274%26nomeArquivo%3D27-03-03.pdf+%cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LBfXWQeuG48J:www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp%3Faid2%3D274%26nomeArquivo%3D27-03-03.pdf+%cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br).
12. Moraes, CE; Carolli, CF; Sailva, VS; Franco, RJ da S; Habermann, F; Matsubara, BB e Martin, LC. Preditores de insuficiência renal crônica em pacientes de centro um centro de referência em hipertensão arterial [internet]. Botucatu – SP, 2009 [acesso em 14 out 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a15.pdf>.
13. Terra, FS. Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário – Dissertação (mestrado em Saúde Biofarmacologia) – setor coordenação e pesquisa de pós graduação da UNIFENAS, Universidade José do Rosário Vellano [internet]. Alfenas – MG, 2007 [acesso em 26 out 2013]. Disponível em: [http://tede.unifenas.br/tde\\_arquivos/2/TDE-2007-11-19T073718Z-16/Publico/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf](http://tede.unifenas.br/tde_arquivos/2/TDE-2007-11-19T073718Z-16/Publico/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf).
14. Vosgerau, MZ da S. Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associações da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná – Tese (doutora em Saúde Coletiva) - Programa de Doutorado em Saúde Coletiva [internet]. Londrina – PR, 2012 [acesso em 06 abril 2013]. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Doutorado/teses/tese/2.pdf>.
15. Oliveira, TFM; Santos, NO; Lobo, RCM; Pinto, KO; Barboza, SA e Lucia, MCS. Perfil sociodemográfico, eventos de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise e diálise peritoneal: um estudo descritivo [internet]. São Paulo - SP, 2008 [acesso em 16 mai 2013]. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/search/titles?searchPage=3>.
16. Morsch, C; Gonçalves, LF e Barros, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise – Revista Associação Médica Brasileira 51(5): 296-300 [internet] Porto Alegre – RS, 2005 [acesso em 31 jul 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000500023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302005000500023&script=sci_arttext).



17. Godinho, TM; Lyra, TG; Braga, OS; Queiroz, RA; Alves, JÁ; Kraychete, AC; Gusmão, ENA; Lopes, AA. e Rocha, PN. Perfil do Paciente que Inicia Hemodiálise de Manutenção em Hospital Público em Salvador, Bahia [internet]. Salvador – BA, 2006 [acesso em 17 out 2013]. Disponível em: [http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=245](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=245).
18. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – Registro Brasileiro de Transplante – Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Ano XIX nº 2. Editor: Valter Duro Garcia [internet]. São Paulo – SP, 2013 [acesso em 17 nov 2013]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013semestre-parcial.pdf>.
19. Pauletto, MR. Percepção de pacientes em hemodiálise fora da lista de espera sobre o transplante renal – Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado, Educação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS) [internet]. Santa Maria – RS, 2013 [acesso em 18 nov 2013]. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao\\_Macilene%20Regina%20Pauletto.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Macilene%20Regina%20Pauletto.pdf).
20. Ministério da Saúde. Sistema de transplante/ lista de espera [internet]. Curitiba – PR, 2013 [acesso em 18 nov 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/lista.htm>.
21. Dias, BN e Camargo, DC. O perfil do paciente renal crônico no Brasil a partir da prevalência de pacientes em tratamento dialítico: uma revisão bibliográfica [internet]. Porto Velho, 2011 [acesso em 16 mai 2013]. Disponível em: <http://monografias.brasile scola.com/saude/perfil-paciente-renal-cronico-brasil.htm>.
22. Miranzi, SSC; Ferreira, FS; Iwamoto, HH; Pereira, GA e Miranzi, MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de família [internet]. Uberaba – MG, 2008 [acesso em 28 ago 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>.
23. Coutinho, NPS e Tavares, MCH. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. Caderno de Saúde Coletiva - 19 (2): 222-9 [internet]. Rio de Janeiro, 2011 [acesso em 26 out 2013]. Disponível em: [http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011\\_2/artigos/csc\\_v19n2\\_232-239.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_232-239.pdf).
24. Riella, MC. Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos – 4 edição. Rio de Janeiro - RJ, 2003.